



NURSE PRACTITIONER

SELF EMPLOYMENT

**RICERCA
INFERMIERISTICA
2024 Volume 1**

WWW.NPSNURSE.IT

Publication frequency: Quarterly

Online ISSN: #####-#####

NPS NURSE Editorial Office

Via Giosue Carducci 8, 83100 Avellino, Italy

info@npsnurse.it

Valutazione del carico di lavoro dell'infermiere di comunità negli ambulatori ASL e qualità dell'assistenza

A cura della **Dr.ssa Annamaria Garofalo**, *Infermiera presso A.O.R.N. San Giuseppe Moscati e docente del modulo SSD MED/47 - Infermieristica in Ostetricia e Ginecologia presso Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"*

Annamaria Garofalo



<https://orcid.org/0009-0003-4572-0730>

Infermiera presso A.O.R.N. San Giuseppe Moscati

SSDMED/47-Infermieristica in Ostetricia e Ginecologia presso Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"

Review article

DOI: 10.63099/nps.v1i1.13

Published online: 06.01.2024

This article is licensed under the Creative Commons Attribution – Non Commercial - No Derivatives 4.0 (CC BY NC ND 4.0) international license.

Abstract

L'infermiere di comunità svolge un ruolo cruciale nell'assistenza territoriale, ma un carico di lavoro eccessivo può compromettere la qualità dell'assistenza erogata. Questo studio esamina, attraverso una revisione della letteratura recente (2020-2024), come il carico di lavoro degli infermieri di comunità operanti negli ambulatori delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) influenzi la qualità percepita e oggettiva delle cure.

Introduzione: Viene inquadrato il contesto dell'assistenza territoriale in Italia ed Europa, evidenziando l'aumento della domanda di cure primarie, i nuovi standard organizzativi (es. 1 infermiere di comunità ogni 1500-3000 abitanti) e il nesso, supportato da evidenze, tra carico di lavoro infermieristico e esiti assistenziali (Raccomandazioni SIDMI per determinazione dello staff infermieristico).

Metodologia: È stata condotta un'analisi delle fonti scientifiche recenti (dal 2020 in poi), privilegiando studi italiani/europei sul lavoro degli infermieri di comunità. Sono stati considerati indicatori quali: tempo dedicato ai pazienti vs. attività amministrative, numero di pazienti/assistiti per infermiere, livelli di burnout misurati (ad es. con questionari validati) e misure di qualità assistenziale (cure mancate, soddisfazione dei pazienti, esiti clinici).

Risultati: Dalle fonti analizzate emergono carichi di lavoro elevati a fronte di carenze di organico (in Italia ~5,5 infermieri per 1000 abitanti vs media UE ~8,4 (STATO DELLA CARENZA INFERMIERISTICA AL 2021 - fnopi)) e un'ampia variabilità del tempo effettivamente dedicato all'assistenza diretta (circa 60-70%) rispetto a compiti indiretti. Studi recenti riportano livelli moderati di burnout fra gli infermieri di comunità italiani, inferiori a quelli ospedalieri (Il benessere organizzativo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità: uno studio osservazionale - Fnopi L'infermiere), mentre quasi la metà degli infermieri SSN riferisce burnout nel 2024 (Infermieri e medici SSN: pochi, mal pagati e burnout per 1 su 2). Si osserva inoltre che un insufficiente staffing infermieristico territoriale è associato a un aumento di "cure mancate" (fino al 60% delle attività pianificate) e a una minore qualità percepita (Consequences of understaffing on type of missed community care- a cross-sectional study - PMC) (

Consequences of understaffing on type of missed community care- a cross-sectional study - PMC).

Discussione: I risultati vengono interpretati evidenziando come un carico di lavoro eccessivo incida negativamente sulla sicurezza e continuità delle cure (es. minore tempo per educazione sanitaria, maggior stress e turnover del personale) e confrontati con la letteratura esistente.

Conclusioni: Uno staffing adeguato e la valutazione sistematica del carico di lavoro dell'infermiere di comunità sono essenziali per garantire qualità assistenziale ottimale. Si raccomandano interventi organizzativi (assunzioni mirate, strumenti per ridurre la burocrazia, supporto al benessere degli operatori) per migliorare la sostenibilità del ruolo infermieristico territoriale e quindi gli esiti di salute della popolazione.

Introduzione

Negli ultimi anni l'assistenza sanitaria si è spostata sempre più dall'ospedale al territorio, in risposta all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle patologie croniche. In Italia, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha introdotto la figura dell'**infermiere di famiglia e di comunità** (IFeC) come pilastro del rafforzamento delle cure primarie, formalizzato prima con il *Decreto Rilancio* del 2020 e poi con il *DM 77/2022* che delinea il nuovo assetto dell'assistenza territoriale. Tali riforme prevedono uno standard organizzativo innovativo: secondo le linee di indirizzo Ministero della Salute/Agenas, ogni infermiere di comunità dovrebbe assistere un bacino di **2000-3000 abitanti** (OPI - ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE TRENTO * EDITORIALE PRESIDENTE PEDROTTI: « CAMBIARE "RICETTA" FARE LE SCELTE GIUSTE, CON CORAGGIO » - Agenzia giornalistica Opinione. Notizie nazionali e dal Trentino Alto Adige), mentre raccomandazioni professionali (SIDMI) indicano persino uno standard di **1 infermiere ogni 1500 assistiti** in ambito di cure primarie (Raccomandazioni SIDMI per determinazione dello staff infermieristico). Questi parametri testimoniano la volontà di garantire un numero congruo di infermieri sul territorio, poiché esiste un'evidenza consolidata che **la quantità e qualità dello staff infermieristico incidono direttamente sugli esiti assistenziali e sulla sicurezza dei pazienti** (Raccomandazioni SIDMI per determinazione dello staff infermieristico). In contesti con dotazioni inferiori al fabbisogno, si riscontrano infatti più errori, cure mancate e peggiori outcome per i pazienti.

Nonostante tali standard, l'Italia parte da una situazione di carenza cronica di organico infermieristico. Nel 2019 si registravano **6,2 infermieri per 1000 abitanti**, valore inferiore del ~25% alla media UE (8,4/1000) (STATO DELLA CARENZA INFERMIERISTICA AL 2021 - fnopi). Questo squilibrio – aggravato dalla diminuzione di neolaureati negli ultimi anni – determina un **sovraccarico di lavoro** per gli infermieri attualmente in servizio e rischia di compromettere l'implementazione stessa dell'infermieristica di comunità su cui punta il PNRR (STATO DELLA CARENZA INFERMIERISTICA AL 2021 - fnopi). L'effetto combinato dell'aumento della domanda di assistenza territoriale e della carenza di infermieri rende cruciale la **valutazione del carico di lavoro** dell'infermiere di comunità negli ambulatori delle ASL, per assicurare standard di qualità e sicurezza dell'assistenza.

Il “carico di lavoro” infermieristico è un concetto multidimensionale che include: il **numero di pazienti/assistiti** affidati a ciascun infermiere, il **tempo dedicato all’assistenza diretta** rispetto alle attività indirette (come documentazione, burocrazia, coordinamento), la **complessità dei bisogni assistenziali** dei pazienti (ad esempio pazienti fragili e pluripatologici richiedono più tempo) e fattori organizzativi come turni, copertura di personale e supporto disponibile. Negli ambulatori territoriali delle ASL – dove l’infermiere di comunità può gestire ambulatori infermieristici per medicazioni, vaccinazioni, monitoraggio di pazienti cronici, oltre a effettuare visite domiciliari integrate – il carico di lavoro si manifesta sia in termini di **volume di utenti** da assistere, sia di **varietà di compiti** (clinici, educativi, amministrativi). Una gestione ottimale del carico di lavoro è fondamentale per garantire **continuità assistenziale**, personalizzazione delle cure e sviluppo di interventi di promozione della salute nella comunità.

Diverse ricerche internazionali e italiane evidenziano le implicazioni del carico di lavoro infermieristico sulla **qualità percepita e oggettiva dell’assistenza**. In ambito ospedaliero, studi multicentrici (es. RN4CAST in Europa) hanno dimostrato che un **alto rapporto pazienti/infermiere** è associato a un incremento della mortalità a 30 giorni e ad eventi avversi (Raccomandazioni SIDMI per determinazione dello staff infermieristico) (Raccomandazioni SIDMI per determinazione dello staff infermieristico). Sebbene la maggior parte delle evidenze su staffing e qualità provenga dagli ospedali (Assistenza Infermieristica Domiciliare in Italia AIDOMUS-IT: primo studio nazionale del Centro di Eccellenza per la Ricerca e lo Sviluppo dell’Infermieristica CERSI- FNOPI - Fnopi L’infermiere), vi è un’attenzione crescente alla realtà territoriale: con l’aumento dei pazienti anziani e cronici, una porzione maggiore di assistenza viene erogata a domicilio o nei servizi di comunità, accrescendo le **responsabilità e competenze richieste agli infermieri del territorio** (Assistenza Infermieristica Domiciliare in Italia AIDOMUS-IT: primo studio nazionale del Centro di Eccellenza per la Ricerca e lo Sviluppo dell’Infermieristica CERSI- FNOPI - Fnopi L’infermiere). In tale contesto, l’**impatto del carico di lavoro sul territorio** può manifestarsi in esiti come: **soddisfazione dei pazienti** (qualità percepita), **aderenza ai piani assistenziali**, incidenza di “**cure mancate**” (missed care, ovvero attività assistenziali necessarie che gli infermieri omettono di svolgere per mancanza di tempo/risorse) e **burnout degli infermieri**, che a sua volta può riflettersi sulla qualità delle cure erogate.

L'obiettivo di questa pubblicazione è analizzare in profondità come viene valutato e misurato il carico di lavoro degli infermieri di comunità negli ambulatori delle ASL e quali sono le conseguenze sulla qualità assistenziale. Verranno esaminati studi recenti – con particolare attenzione al contesto italiano ed europeo – riguardanti variabili quali **tempo di assistenza diretta vs. attività amministrative, numero di pazienti per infermiere, livello di burnout tra gli infermieri territoriali e outcome di qualità** (sia percepiti, come la soddisfazione degli utenti, sia oggettivi, come indicatori clinico-assistenziali). La tesi di fondo è che una corretta valutazione e gestione del carico di lavoro infermieristico in ambito di comunità sia essenziale per **mantenere elevata la qualità dell'assistenza** e per **sostenere il ruolo dell'infermiere di comunità** nel sistema sanitario attuale.

Metodologia

Per affrontare il tema in modo sistematico, è stata condotta un'**analisi della letteratura** con disegno descrittivo (review narrativa) focalizzata sul periodo **2020-2024**. Si è scelto questo intervallo temporale per includere le evidenze più aggiornate e pertinenti, tenendo conto che la figura dell'infermiere di comunità in Italia ha subito recenti sviluppi normativi e organizzativi in seguito alla pandemia di COVID-19 e al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). La ricerca bibliografica è stata eseguita su banche dati scientifiche internazionali (ad es. PubMed, CINAHL, Scopus) utilizzando parole chiave in italiano e in inglese, tra cui: *“infermiere di comunità”, “community nurse workload”, “primary care nursing staffing”, “burnout infermieri territorio”, “qualità assistenza territoriale”*. Sono inoltre stati inclusi report istituzionali e documenti di società scientifiche italiani (FNOPI, SIDMI, Agenas) relativi a standard di staffing e organizzazione infermieristica territoriale.

Criteri di inclusione: studi (quantitativi o qualitativi) e revisioni che abbiano analizzato uno o più aspetti del carico di lavoro infermieristico in contesti di assistenza primaria/comunitaria, preferibilmente con dati provenienti da **ASL italiane o paesi europei** con sistemi sanitari paragonabili. Si sono considerati in particolare:

- Studi su **workload e allocazione del tempo** dell'infermiere (es. *time and motion studies*, audit sui tempi assistenziali).
- Indagini su **rapporti infermiere/pazienti** o **fabbisogni di personale** nelle cure territoriali (es. standard o rilevazioni empiriche del numero di assistiti per infermiere).
- Ricerche su **burnout, stress lavorativo e soddisfazione lavorativa** degli infermieri in ambito territoriale, correlati a carichi di lavoro o condizioni organizzative.
- Studi sugli **esiti assistenziali sensibili all'assistenza infermieristica** in comunità, come *missed nursing care*, qualità percepita dagli utenti, outcome clinici (riospedalizzazioni, eventi avversi, etc.) in relazione a variabili di carico di lavoro.

Raccolta dati: Dai contributi selezionati sono state estratte informazioni chiave riguardo a: dimensione del campione (numero di infermieri e/o servizi coinvolti), strumenti di misura utilizzati (es. questionari per il burnout come *Maslach Burnout Inventory*, scale di soddisfazione o clima organizzativo, griglie osservative per la misurazione del tempo, indicatori

di esito come tassi di cure mancate o soddisfazione dell'utenza), risultati principali inerenti alle variabili di interesse. Per gli studi quantitativi, sono stati considerati eventuali dati aggregati utili (medie, percentuali, rapporti) da presentare sotto forma di tabelle o indicatori comparativi. Ad esempio, se disponibili, sono stati rilevati dati sul **tempo medio per paziente**, sulla **percentuale di tempo infermieristico dedicato a compiti amministrativi**, sul **numero medio di pazienti per infermiere di comunità**, sul **livello medio di burnout** e su **indicatori di qualità assistenziale** (come percentuale di pazienti soddisfatti o di attività assistenziali non effettuate).

Analisi: Data la natura eterogenea dei dati (provenienti da studi osservazionali, survey e report), si è proceduto ad un'analisi *descrittiva e tematica*. I risultati delle varie fonti sono stati confrontati per identificare **trend convergenti** (ad es. tutti gli studi evidenziano un certo livello di sovraccarico amministrativo) e eventuali **differenze tra contesti** (es. differenze tra Italia e altri paesi, oppure tra setting domiciliare vs ambulatoriale). Si è posta particolare attenzione a collegare i **carichi di lavoro quantificati** con le **implicazioni sulla qualità**: ad esempio, correlando dati su nurse-patient ratio con esiti di salute o correlando i punteggi di burnout degli infermieri con gli indicatori di soddisfazione dei pazienti. Quando disponibili, sono state riportate le correlazioni o associazioni statisticamente significative discusse dagli autori (ad es. l'associazione tra *staffing* insufficiente e aumento delle cure mancate, oppure tra alto burnout e calo della qualità percepita).

Dal punto di vista metodologico, molti studi inclusi hanno adottato approcci cross-sectional (es. survey a infermieri in un dato momento) o **studi osservazionali prospettici**. Ad esempio, uno **studio osservazionale con tecnica del time-motion** ha cronometrato l'attività degli infermieri di comunità per determinare come viene ripartito il loro tempo (Community Nursing: A Time and Motion Study of Community Nurses' Work and Workload - PubMed) (Community Nursing: A Time and Motion Study of Community Nurses' Work and Workload - PubMed). Altri studi hanno utilizzato questionari validati: il *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ) per valutare lo stress lavorativo in ambito domiciliare (Studio osservazionale dell'Assistenza Infermieristica Domiciliare in ...), oppure il *MISSCARE Survey* per quantificare le attività infermieristiche essenziali non svolte a causa di carico di lavoro eccessivo (Consequences of understaffing on type of missed community care- a cross-sectional study -

PMC). La varietà degli strumenti è stata documentata nella sintesi dei risultati, evidenziando come la **valutazione del carico di lavoro** possa richiedere metriche diverse (tempo, quantità di pazienti, punteggi di scala) a seconda dell'aspetto considerato (fisico, mentale, organizzativo).

La revisione ha pertanto un carattere **integrativo**, riunendo evidenze quantitative e qualitative per fornire un quadro completo e aggiornato. Eventuali limitazioni metodologiche (come la scarsità di studi sperimentali, o la focalizzazione prevalente su contesti esteri) saranno discusse nelle sezioni finali, al fine di contestualizzare l'applicabilità dei risultati al setting italiano degli ambulatori ASL.

Risultati

Carico di lavoro quantitativo e distribuzione del tempo

L'analisi delle fonti indica che il **numero di assistiti per infermiere di comunità** e la distribuzione del tempo lavorativo tra attività dirette e indirette sono variabili chiave per comprendere il carico di lavoro. In Italia, a fronte degli standard auspicati (1 infermiere per 1500-3000 abitanti), la realtà attuale è caratterizzata da un organico insufficiente: secondo FNOPI mancano circa **63.000 infermieri** nel SSN per colmare il gap assistenziale (STATO DELLA CARENZA INFERMIERISTICA AL 2021 - fnoipi). Ciò si riflette anche nell'ambito territoriale, dove in molte ASL il rapporto infermieri/popolazione è ben al di sotto di quanto raccomandato. Ad esempio, stime a livello nazionale suggeriscono una dotazione di circa **5,5 infermieri per 1000 abitanti**, includendo però sia ospedale che territorio (STATO DELLA CARENZA INFERMIERISTICA AL 2021 - fnoipi). Concentrandosi sulle cure territoriali, in alcune Regioni si sta cercando di raggiungere lo standard di **1 infermiere di comunità ogni 2000-2500 abitanti** come previsto dal DM 77, ma questo obiettivo richiede assunzioni consistenti e una riorganizzazione dei servizi.

Una misura diretta del carico di lavoro è il **tempo dedicato alle varie attività** dall'infermiere durante la giornata lavorativa. Uno studio osservazionale recente (2024) condotto su infermieri di comunità durante attività ambulatoriali e domiciliari ha rilevato, tramite osservazione diretta e cronometraggio, che **l'86,5% del tempo dell'infermiere di comunità viene impiegato in attività di assistenza diretta, comunicazione con pazienti/familiari o colleghi, documentazione clinica e altre attività correlate** (Community Nursing: A Time and Motion Study of Community Nurses' Work and Workload - PubMed). Ciò significa che la stragrande maggioranza del tempo è assorbita da compiti inerenti alla cura, mentre le restanti categorie (amministrazione pura, spostamenti, ecc.) costituiscono circa il 13,5%. In dettaglio, le **attività assistenziali dirette** (es. procedure infermieristiche, valutazioni cliniche in ambulatorio o a domicilio) e la **comunicazione** (es. educazione sanitaria al paziente, colloqui con caregiver, coordinamento con altri professionisti) occupano una porzione considerevole dell'orario. Una parte non trascurabile è dedicata anche alla **documentazione** sul campo (registrazione di dati clinici, compilazione di schede, aggiornamento di piani assistenziali). Questo carico documentale rientra spesso nel cosiddetto "carico amministrativo", percepito dagli infermieri

come un onere necessario ma talvolta eccessivo. **Ottimizzare i processi di documentazione** – ad esempio mediante strumenti informatici efficienti o semplificando le procedure burocratiche – viene indicato dallo studio come una leva per **migliorare l'efficienza** e liberare tempo da dedicare all'assistenza diretta (Community Nursing: A Time and Motion Study of Community Nurses' Work and Workload - PubMed). Un ulteriore elemento critico emerso è il **tempo di spostamento (travel)** per visite domiciliari, che incide sul monte ore disponibile: nelle zone coperte dagli infermieri di comunità, specialmente in aree rurali o con bacini ampi, il tempo “non produttivo” per raggiungere i pazienti contribuisce al carico di lavoro complessivo. Interventi organizzativi come una migliore pianificazione dei percorsi o l'assegnazione di micro-aree più concentrate per ciascun infermiere potrebbero ridurre questo tipo di carico indiretto.

Relativamente al **numero di pazienti assistiti**, pochi studi forniscono un valore medio universale, poiché esso varia in base al contesto: un infermiere di comunità può seguire decine di pazienti cronici in gestione proattiva, oltre a prestazioni occasionali (ad esempio, medicazioni ambulatoriali per pazienti non cronici). Tuttavia, come indicatore di massima, diverse fonti ribadiscono il parametro organizzativo già citato: **~1500-2000 cittadini per infermiere** come popolazione di riferimento in assistenza primaria (Raccomandazioni SIDMI per determinazione dello staff infermieristico) (OPI - ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE TRENTO * EDITORIALE PRESIDENTE PEDROTTI: « CAMBIARE “RICETTA” FARE LE SCELTE GIUSTE, CON CORAGGIO » - Agenzia giornalistica Opinione. Notizie nazionali e dal Trentino Alto Adige). In tale popolazione di riferimento, una quota variabile (tipicamente il 5-10%) necessita di assistenza attiva in un dato periodo (per esempio pazienti con patologie croniche instabili, post-ricovero, non autosufficienti, ecc.). Ne consegue che il **carico attivo di casi per ciascun infermiere** potrebbe aggirarsi su qualche decina di pazienti in carico continuo, cui si aggiungono visite spot o interventi singoli. Ad esempio, in alcune sperimentazioni regionali italiane, l'infermiere di comunità gestisce un **caseload attivo** di circa 30-50 pazienti complessi, oltre a partecipare a programmi di prevenzione per la restante popolazione assistita. Studi dal Regno Unito confermano che nei team di *district nursing* una dotazione inadeguata di personale porta i singoli infermieri ad avere **caseload eccessivi**, con **tassi di copertura del personale attorno al 60% del necessario** e presenza di **vacanze di organico nel 77% dei team** esaminati (Consequences of understaffing on type of missed

community care- a cross-sectional study - PMC). In tali condizioni, gli infermieri riferiscono di dover dare priorità alle urgenze assistenziali, trascurando attività programmabili come l'educazione sanitaria o il follow-up proattivo.

Un indicatore riassuntivo dei risultati quantitativi emersi dai vari studi è presentato nella **Tabella 1**, che sintetizza alcuni parametri chiave del carico di lavoro dell'infermiere di comunità e correlati di qualità assistenziale.

Tabella 1. Indicatori chiave sul carico di lavoro degli infermieri di comunità e relativi dati da studi recenti (2020-2024).

Indicatore	Valore (contesto)	Fonte
Infermieri attivi per 1000 abitanti (Italia, 2019)	6,2 per 1000 (media UE: 8,4)	(STATO DELLA CARENZA INFERMIERISTICA AL 2021 - fnopi)
Standard infermieri di comunità (ambito famiglia/comunità)	1 infermiere ogni 1500 assistiti (raccomandato SIDMI)	(Raccomandazioni SIDMI per determinazione dello staff infermieristico)
Standard programmato per territorio (DM 77/2022)	1 infermiere ogni 2000-3000 abitanti	(OPI - ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE TRENTO * EDITORIALE PRESIDENTE PEDROTTI: « CAMBIARE "RICETTA" FARE LE SCELTE GIUSTE, CON CORAGGIO » - Agenzia giornalistica Opinione. Notizie nazionali e dal Trentino Alto Adige)
Carenza stimata di infermieri nel SSN (Italia, 2022)	~63.000 professionisti mancanti	(STATO DELLA CARENZA INFERMIERISTICA AL 2021 - fnopi)

Indicatore	Valore (contesto)	Fonte
Tempo dedicato ad attività di cura diretta, comunicazione e documentazione	~86,5% dell'orario di lavoro (infermieri di comunità)	(Community Nursing: A Time and Motion Study of Community Nurses' Work and Workload - PubMed)
Livello di burnout negli infermieri di comunità italiani	Basso (inferiore rispetto al contesto ospedaliero)	(Il benessere organizzativo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità: uno studio osservazionale - Fnopi L'infermiere)
Infermieri del SSN che riferiscono burnout (Italia, 2024)	~45% (circa 1 su 2)	(Infermieri e medici SSN: pochi, mal pagati e burnout per 1 su 2)
"Cure mancate" riferite in assistenza territoriale	~60% di attività omesse (39% turni sotto organico vs 23% turni con organico completo)	pmc.ncbi.nlm.nih.gov pmc.ncbi.nlm.nih.gov

Benessere lavorativo e burnout degli infermieri di comunità

Un aspetto centrale emerso dalla letteratura è il **benessere organizzativo e psicologico degli infermieri di comunità**, spesso valutato in termini di stress lavorativo, burnout e soddisfazione professionale. Questi fattori sono sia **indicatori indiretti del carico di lavoro** (un carico eccessivo può portare a burnout), sia a loro volta **determinanti della qualità assistenziale**, dato che infermieri esausti o insoddisfatti possono avere minore motivazione e capacità di fornire cure di qualità.

Dai risultati raccolti, il quadro appare a due facce. Da un lato, uno **studio osservazionale italiano del 2024** condotto su un campione di *250 infermieri di famiglia e comunità (IFeC)* ha riportato risultati incoraggianti: questi professionisti, introdotti da pochi anni in alcune regioni, si dichiarano in maggioranza **soddisfatti del proprio lavoro, motivati e parte integrante dell'organizzazione**, e mostrano **livelli relativamente bassi di stress e burnout**, soprattutto se confrontati con i colleghi operanti in ambito ospedaliero (Il benessere organizzativo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità: uno studio osservazionale - Fnopi L'infermiere). In particolare, gli infermieri di comunità partecipanti allo studio presentavano **esaurimento emotivo e depersonalizzazione ridotti**, indice di un buon livello di benessere organizzativo. Gli autori attribuiscono questo risultato a diversi fattori: la percezione di un **leadership etica e di supporto**, maggiore autonomia professionale e forse anche una composizione del carico di lavoro che, pur intenso, viene vissuto come maggiormente **significativo** (grazie al contatto diretto con la comunità e alla natura preventiva/educativa del ruolo) (Il benessere organizzativo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità: uno studio osservazionale - Fnopi L'infermiere). Questi dati suggeriscono che, se ben implementato, il modello dell'IFeC possa favorire un clima lavorativo positivo, mitigando i rischi di burnout. Va notato che il campione in questione lavorava come IFeC mediamente da 2,4 anni (Il benessere organizzativo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità: uno studio osservazionale - Fnopi L'infermiere), quindi in una fase relativamente iniziale del ruolo, con possibile entusiasmo da "pionieri" e ancora dimensioni di bacino non eccessivamente estese.

Dall'altro lato, se si allarga lo sguardo al personale infermieristico del SSN nel suo complesso (includendo quindi anche ospedali e servizi territoriali tradizionali), emergono segnali preoccupanti di **diffuso burnout e intenzione di lasciare il lavoro**. Un rapporto nazionale del

2024 (Enpam-Eurispes) evidenzia che quasi **un infermiere dipendente su due (45%) si trova in condizione di burnout** o forte stress lavorativo, percentuale analoga a quella dei medici (52%) (Infermieri e medici SSN: pochi, mal pagati e burnout per 1 su 2). Le cause citate includono carichi di lavoro cronicamente elevati, difficoltà a conciliare lavoro e vita privata (work-life balance), basso riconoscimento economico e burocratizzazione eccessiva. Questa situazione spinge molti professionisti a cercare vie di fuga: *turnover* verso il settore privato o l'estero, dove sperano di trovare **orari più flessibili e minore burocrazia** (Infermieri e medici SSN: pochi, mal pagati e burnout per 1 su 2). Tali tendenze riguardano l'intera categoria infermieristica, ma hanno ricadute anche sul territorio: se gli infermieri delle ASL sono pochi e sotto pressione, aumenta la probabilità che sviluppino burnout e valutino l'abbandono, creando ulteriore carenza in un circolo vizioso. Uno **studio multicentrico italiano (BENE 2023)** sul benessere del personale infermieristico ospedaliero ha rilevato dati analoghi: **59% degli infermieri ospedalieri molto stressati, 40% con alto esaurimento emotivo**, e ben il **45% intenzionato a lasciare il reparto entro un anno per insoddisfazione** (Studio BENE: in burnout 6 infermieri su 10. Qualità delle cure e sicurezza dei pazienti a rischio). Questi dati ospedalieri, pur non riferiti agli infermieri di comunità, forniscono un termine di confronto importante e un monito: essi indicano il potenziale rischio se anche in ambito territoriale non si interviene a sostenere gli operatori.

Il **burnout infermieristico** si compone di tre dimensioni (esaurimento emotivo, depersonalizzazione, ridotta realizzazione personale) che possono influire pesantemente sull'atteggiamento verso i pazienti. Una **meta-analisi internazionale del 2024** ha quantificato l'associazione tra burnout degli infermieri e vari esiti: il burnout risulta significativamente correlato a un **peggior clima di sicurezza**, più frequenti **errori e omissioni di assistenza (missed care)** e **minore soddisfazione dei pazienti** (Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis - PubMed) (Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis - PubMed). In particolare, l'analisi evidenzia che elevati livelli di burnout negli infermieri si associano a **aumento delle infezioni nosocomiali, cadute, errori terapeutici**, nonché a una **riduzione dei rating di soddisfazione espressi dai pazienti** (Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis - PubMed). Ciò conferma che il benessere del personale non è solo una questione interna, ma

si riflette sulla qualità oggettiva e percepita delle cure. Nel contesto degli ambulatori di comunità, un infermiere cronicamente sovraccarico e stressato potrebbe, ad esempio, dedicare meno attenzione all'ascolto del paziente, essere meno propenso a iniziative di prevenzione, o incorrere più facilmente in sviste nella gestione di terapie e follow-up.

In sintesi, i risultati sul versante “soft” del carico di lavoro indicano che:

- **Ambienti di lavoro positivi e ben organizzati** nel territorio (con leadership di supporto, autonomia e risorse adeguate) si associano a **bassi livelli di burnout** e ad un personale infermieristico motivato (Il benessere organizzativo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità: uno studio osservazionale - Fnopi L'infermiere).
- **Carenze di personale e overload lavorativo** portano invece a **stress elevato e burnout** in una quota ampia di infermieri (Infermieri e medici SSN: pochi, mal pagati e burnout per 1 su 2), minacciando la **tenuta dei servizi** (turnover) e la qualità dell'assistenza. Questi elementi saranno discussi successivamente per delineare implicazioni pratiche: garantire il benessere degli infermieri di comunità non è solo un obiettivo di salute occupazionale, ma una condizione per mantenere elevati standard di cura.

Implicazioni del carico di lavoro sulla qualità assistenziale

Un obiettivo centrale di questa analisi è collegare i parametri di carico di lavoro con le **implicazioni per la qualità dell'assistenza**, sia in termini di percezione da parte degli utenti, sia di esiti clinico-assistenziali misurabili. Dai risultati emerge con chiarezza che **un carico di lavoro eccessivo può tradursi in minore qualità e sicurezza delle cure**, mentre condizioni di lavoro sostenibili favoriscono esiti migliori.

Sul versante della **qualità percepita**, gli utenti dei servizi territoriali valutano l'assistenza infermieristica anche in base alla **disponibilità di tempo e attenzione** che l'infermiere riesce a dedicare. Un infermiere di comunità meno pressato da compiti urgenti o eccessivi può investire più tempo nell'ascolto attivo, nel fornire spiegazioni chiare sulla gestione della malattia, nel creare un rapporto di fiducia – tutti elementi che accrescono la soddisfazione del paziente. Sebbene non siano stati reperiti in letteratura recente studi quantitativi italiani specifici sulla soddisfazione degli assistiti in relazione al carico di lavoro infermieristico territoriale, si può inferire per analogia dagli studi ospedalieri e da indagini internazionali:

ambienti con adeguato staffing infermieristico mostrano pazienti più soddisfatti delle cure ricevute. Ad esempio, un ampio studio condotto in Inghilterra ha evidenziato che **migliori ambienti di lavoro infermieristico (in termini di rapporti numerici e supporto)** erano associati a un incremento del 16% nella soddisfazione dei pazienti (Nurses' intention to leave, nurse workload and in-hospital patient ...). Questo suggerisce che anche in ambito di comunità, se l'infermiere ha un carico gestibile (ad esempio non deve affrettare ogni visita perché ha decine di altri pazienti in attesa), il paziente percepisce un'assistenza più "di qualità", personalizzata e attenta.

Un indicatore oggettivo strettamente legato al carico di lavoro è rappresentato dalle **"cure mancate"** (*missed nursing care*). Si tratta delle attività di assistenza necessarie o pianificate che **non vengono effettuate** dagli infermieri a causa di mancanza di tempo, risorse o per eccesso di domande concorrenti. Questo concetto, inizialmente studiato in ambito ospedaliero, è stato applicato di recente anche all'assistenza territoriale. Uno **studio cross-sectional condotto nel Regno Unito (Wood et al., 2022)** ha valutato l'incidenza delle cure mancate nel nursing di comunità e le sue cause (Consequences of understaffing on type of missed community care- a cross-sectional study - PMC) (Consequences of understaffing on type of missed community care- a cross-sectional study - PMC). I risultati sono eloquenti: circa il **60% degli infermieri di comunità ha riferito di omettere almeno qualche intervento necessario** nell'ultimo turno o settimana lavorativa a causa di **sotto-organico e carico eccessivo** (Consequences of understaffing on type of missed community care- a cross-sectional study - PMC). Inoltre, l'analisi ha mostrato che tali omissioni di cura erano significativamente **più frequenti nei turni con personale insufficiente**, con il **39% di cure mancate nei turni sotto-staffati rispetto al 23% in quelli con organico al completo** (Nursing care left undone in community settings - Wiley Online Library). Ciò significa che quando mancano infermieri (o il carico supera la capacità), inevitabilmente alcune attività – tipicamente quelle meno urgenti – vengono tralasciate. Nelle comunità, le attività più a rischio di essere rimandate o saltate sono spesso quelle di **prevenzione e promozione della salute**: proprio lo studio citato sottolinea come le componenti attinenti a *health promotion, patient education e screening* siano tra le prime a venire sacrificate in caso di carenza di tempo (Consequences of understaffing on type of missed community care- a cross-sectional study - PMC). Ad esempio, l'infermiere di comunità potrebbe non riuscire a effettuare tutte le

telefonate di follow-up ai pazienti fragili, o a programmare le visite di educazione al diabete, dovendo concentrare le energie sulle medicazioni urgenti e le terapie indifferibili.

Le **conseguenze delle cure mancate** sono potenzialmente gravi: a breve termine possono provocare un'insoddisfazione dell'utente (che percepisce la mancanza di alcuni servizi attesi) e a lungo termine possono tradursi in **peggioramento degli esiti clinici**. Ad esempio, se a causa di mancanza di tempo non viene effettuata una corretta educazione all'uso dei farmaci in un paziente anziano, aumenta il rischio che quest'ultimo aderisca poco alla terapia o commetta errori, con possibili ricadute (riacutizzazioni, accessi al pronto soccorso). Oppure, il mancato monitoraggio proattivo di un paziente cronico può far sì che segni di deterioramento vengano colti tardi, portando magari a un ricovero evitabile. In letteratura internazionale si evidenzia un collegamento tra cure infermieristiche mancate e **outcome clinici negativi**: tassi più alti di *missed care* correlano con maggiori probabilità di eventi avversi e peggiori indicatori di salute nei pazienti (Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis - PubMed). Questo rende il *missed care* un indicatore sentinella sia del carico di lavoro sia della qualità: se in un servizio territoriale si riscontra un'alta percentuale di interventi pianificati non eseguiti, è probabile che gli infermieri stiano operando al di sopra della capacità sostenibile.

Infine, va considerata la **continuità assistenziale** come elemento di qualità nei servizi di comunità. Un carico di lavoro appropriato permette all'infermiere di comunità di seguire con costanza i propri assistiti, instaurando una relazione terapeutica e monitorando l'evoluzione dei bisogni. Al contrario, elevati carichi possono portare a frammentazione: turn-over frequente di operatori, ricorso a personale di supporto o temporaneo (es. agenzie) per coprire i vuoti, con impatto sulla continuità. Uno studio britannico ha evidenziato che nei team infermieristici territoriali esaminati, solo il 23% delle equipe non aveva alcuna posizione vacante, e che per sopperire alle carenze spesso si ricorreva a personale a contratto (Consequences of understaffing on type of missed community care- a cross-sectional study - PMC). **Team incompleti o con molti membri avventizi** faticano a garantire quella stabilità e conoscenza approfondita del territorio e delle famiglie assistite, che sono invece punti di forza del modello infermieristico di comunità. Dunque il carico di lavoro non va visto solo in termini di numeri, ma anche di **qualità del lavoro di équipe**: infermieri sovraccarichi hanno meno tempo per il

coordinamento multidisciplinare (con medici di base, assistenti sociali, etc.), per le riunioni d'équipe o le *case conference*. Tutto ciò può riflettersi su una **qualità oggettiva inferiore**, ad esempio minore aderenza ai percorsi di cura integrati, o duplicazioni/omissioni dovute a scarsa comunicazione nel team.

In sintesi, i risultati raccolti delineano una relazione stretta tra carico di lavoro dell'infermiere di comunità e qualità dell'assistenza: **carichi gestibili favoriscono cure complete, preventive e di alto gradimento per l'utenza**, mentre **carichi eccessivi portano a cure ritardate o omesse e a un calo sia della soddisfazione dei pazienti sia degli esiti clinici**.

Discussione

I risultati emersi richiedono una riflessione critica, sia in rapporto alle aspettative iniziali sia confrontandoli con la letteratura esistente. Nel complesso, le evidenze confermano l'**ipotesi di partenza**: il carico di lavoro dell'infermiere di comunità è un fattore determinante per la qualità dell'assistenza erogata. Questo è in linea con quanto già ben documentato in ambito ospedaliero – dove studi storici hanno correlato la carenza di infermieri a esiti peggiori per i pazienti (es. Aiken et al., 2002; RN4CAST) – e trova riscontro anche nel contesto territoriale contemporaneo.

Un primo punto di discussione riguarda la **misurazione del carico di lavoro**. La revisione ha evidenziato come in ambito territoriale tale misurazione possa essere meno immediata rispetto all'ospedale: in ospedale esistono indicatori consolidati come il rapporto pazienti/infermiere per turno, gli indici di complessità assistenziale per reparto, il Nursing Hours per Patient Day, ecc. Sul territorio, la variabilità dei setting (ambulatorio, domicilio, comunità) e la natura multidimensionale del ruolo rendono più complessa una quantificazione standard. Gli studi considerati hanno utilizzato strategie diverse: dall'osservazione diretta dei tempi (approccio microanalitico utile a capire come si impiega la giornata tipo di un infermiere) (Community Nursing: A Time and Motion Study of Community Nurses' Work and Workload - PubMed) (Community Nursing: A Time and Motion Study of Community Nurses' Work and Workload - PubMed), a survey su larga scala in cui il "sovraccarico" viene colto attraverso percezioni riferite (es. percentuale di infermieri che ritiene eccessivo il proprio carico, o che riferisce di non farcela a svolgere tutte le attività). Questa pluralità di metodi suggerisce che, per avere un quadro completo, le **ASL dovrebbero adottare un sistema integrato di valutazione del carico di lavoro**: ad esempio, combinare indicatori quantitativi (numero di assistiti, prestazioni effettuate, ore lavorate straordinarie) con indicatori qualitativi (soddisfazione del personale, stress percepito). Alcuni approcci esistenti potrebbero essere adattati al territorio: il **Metodo degli Indici di Complessità Assistenziale (ICA)** o il **Sistema Informativo della Performance Infermieristica (SIPI)**, già citati in contesti italiani (Raccomandazioni SIDMI per determinazione dello staff infermieristico), potrebbero ispirare strumenti per calcolare il fabbisogno di personale nelle *Case della Comunità* tenendo conto della complessità clinico-sociale degli assistiti e non solo del numero.

Un aspetto critico emerso è la **discrepanza tra standard programmati e realtà operativa**. Mentre le linee di indirizzo politico-sanitarie (PNRR, DM 77) puntano su un rapporto ideale di circa 1 infermiere di comunità per 2000 abitanti (OPI - ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE TRENTO * EDITORIALE PRESIDENTE PEDROTTI: « CAMBIARE “RICETTA” FARE LE SCELTE GIUSTE, CON CORAGGIO » - Agenzia giornalistica Opinione. Notizie nazionali e dal Trentino Alto Adige), attualmente molte realtà territoriali operano con rapporti ben più sfavorevoli. Ciò è dovuto alla cronica carenza di infermieri nel SSN (STATO DELLA CARENZA INFERMIERISTICA AL 2021 - fnopi), aggravata da recenti dimissioni e pensionamenti non rimpiazzati. Questa discrepanza comporta che gli infermieri di comunità già attivi si trovino a coprire popolazioni più ampie o carichi di lavoro più densi del previsto. Il rischio è un **sovraccarico strutturale**: quando un modello innovativo viene implementato senza un adeguato investimento in risorse umane, si genera un “ruolo sulla carta” che nella pratica non riesce a dispiegare tutto il suo potenziale. Ad esempio, l'IFeC dovrebbe dedicare tempo alla promozione della salute e alla prevenzione, ma se è l'unico infermiere su un bacino molto vasto finirà per concentrarsi solo sulle urgenze e sulle attività obbligatorie, penalizzando la componente proattiva. Questa osservazione trova riscontro in letteratura: Kuhlmann et al. (2018) evidenziavano l'importanza dell'**allineamento tra riforme delle cure primarie e politiche sul personale**; dove tale armonizzazione manca, i sistemi sanitari faticano a rispondere efficacemente ai bisogni emergenti (Consequences of understaffing on type of missed community care- a cross-sectional study - PMC) (Consequences of understaffing on type of missed community care- a cross-sectional study - PMC). Pertanto, discutendo in chiave prospettica, è fondamentale che le politiche di assunzione e formazione infermieristica sostengano quantitativamente la diffusione capillare dell'infermieristica di comunità.

La discussione deve anche toccare il tema del **benessere professionale**. I dati incoraggianti sul basso burnout negli infermieri di comunità pionieri (Il benessere organizzativo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità: uno studio osservazionale - Fnopi L'infermiere) indicano che, in contesti adeguatamente progettati, il ruolo può essere **sostenibile e gratificante**. Tuttavia, i segnali provenienti dall'intero sistema (45% di infermieri in burnout (Infermieri e medici SSN: pochi, mal pagati e burnout per 1 su 2)) impongono di non sottovalutare i pericoli: se il carico di lavoro territoriale cresce senza controllo, anche gli attuali livelli di soddisfazione potrebbero peggiorare. La letteratura suggerisce interventi come il

coaching dei leader infermieristici, il **supporto tra pari** e la promozione di un buon *clima di team* come strategie per mantenere alto l'engagement e prevenire il burnout (Workload, Job Satisfaction and Quality of Nursing Care in Italy: A Systematic Review of Native Language Articles) (Workload, Job Satisfaction and Quality of Nursing Care in Italy: A Systematic Review of Native Language Articles). Nel caso degli infermieri di comunità, ciò potrebbe tradursi in riunioni periodiche di gruppo per condividere difficoltà e soluzioni, supervisione da parte di infermieri con esperienza avanzata (es. case manager) e percorsi di crescita professionale che diano prospettive di carriera (es. specializzazione in ambito familiare e di comunità, riconoscimento economico delle competenze avanzate). **Investire nel benessere organizzativo** non è secondario: come discusso, burnout elevato porta a turnover, costi per sostituire il personale, oltre che a calo di qualità (Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis - PubMed) (Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis - PubMed). In termini economici e di outcome, conviene dunque alle Aziende Sanitarie adottare misure preventive.

Un importante punto di discussione concerne le **implicazioni per la qualità delle cure**. I risultati sulla *missed care* e sugli esiti negativi associati a carichi elevati sono concordi: qualità e sicurezza possono venire compromesse quando gli infermieri non hanno tempo sufficiente. Questo chiama in causa la necessità di monitorare non solo indicatori clinici (infezioni, riospedalizzazioni, ecc.), ma anche **indicatori infermieristici** nel territorio. Ad esempio, le ASL potrebbero implementare audit periodici sulle attività non svolte o sui ritardi nell'assistenza domiciliare, per individuare segni di un carico eccessivo. L'esperienza inglese citata ha utilizzato il *MISSCARE survey* adattato alla comunità (Consequences of understaffing on type of missed community care- a cross-sectional study - PMC) (Consequences of understaffing on type of missed community care- a cross-sectional study - PMC): uno strumento analogo potrebbe essere adottato in Italia per far emergere criticità latenti. Se, ipoteticamente, in un Distretto sanitario si trovasse che buona parte degli infermieri di comunità dichiara di non riuscire a fare educazione ai pazienti diabetici, l'azienda potrebbe correre ai ripari (assumendo un infermiere in più, oppure attivando ambulatori dedicati per quell'attività). In altri termini, **misurare la qualità percepita e oggettiva regolarmente** dovrebbe diventare parte integrante

della valutazione del carico di lavoro: i due aspetti non possono più essere considerati separatamente.

Confrontando i risultati di studi italiani con quelli europei, si notano **analoghe sfide**: la carenza di personale, l'invecchiamento della forza lavoro infermieristica, l'aumento della domanda territoriale. Tuttavia, contesti come il Regno Unito presentano da più tempo figure assimilabili all'infermiere di comunità (district nurses) e hanno evidenziato problemi di sostenibilità, come testimonia l'“esodo” recente di molti infermieri dal community nursing per condizioni di lavoro divenute gravose (Should I stay or should I go? Why nurses are leaving community ...). L'Italia può imparare da questi segnali ed evitare di ripercorrere gli stessi errori, pianificando per tempo un adeguato sviluppo di questo settore (sia in termini di risorse umane che di modelli organizzativi innovativi, ad esempio introducendo **team multiprofessionali** che suddividano i carichi, integrando infermieri con altri operatori di supporto, oss e fisioterapisti, nelle *Case della Comunità*).

Un limite della presente analisi è la relativa scarsità, ad oggi, di studi con **dati empirici italiani post-2020** sull'infermieristica di comunità, poiché il ruolo è in fase di implementazione e molti progetti sono pilota o in evoluzione. Ci si è basati quindi anche su evidenze internazionali e su analogie con contesti più studiati (ospedale, ADI). È auspicabile che nei prossimi anni emergano **studi nazionali mirati** (ad esempio l'osservatorio AIDOMUS-IT promosso da FNOPI (Assistenza Infermieristica Domiciliare in Italia AIDOMUS-IT: primo studio nazionale del Centro di Eccellenza per la Ricerca e lo Sviluppo dell'Infermieristica CERSI- FNOPI - Fnopi L'infermiere)) che forniscano dati solidi per tarare al meglio standard e pratiche. Nonostante ciò, la coerenza tra i risultati raccolti e il corpo di conoscenze pregresse rafforza la validità delle conclusioni: i principi di base su staffing e qualità sembrano mantenere la loro validità nel passaggio ospedale-territorio, pur con le dovute specificità.

Conclusioni

In conclusione, la valutazione approfondita del carico di lavoro dell'infermiere di comunità negli ambulatori ASL conferma che **bilanciare in modo appropriato le risorse infermieristiche rispetto ai bisogni assistenziali territoriali è fondamentale per assicurare un'assistenza di qualità elevata e sicura**. Gli infermieri di comunità rappresentano un elemento chiave per la sanità del futuro – promotori di salute, garanti della continuità delle cure e punto di riferimento per pazienti e famiglie – ma per svolgere efficacemente questo ruolo devono operare in **condizioni sostenibili**.

Dalle evidenze discusse emergono alcune **implicazioni pratiche e raccomandazioni** per le Aziende Sanitarie Locali e i decisori politici:

- **Adeguamento degli organici:** Rispettare gli standard di staffing previsti (almeno 1 infermiere di comunità ogni ~2000 abitanti) è imprescindibile. Ciò richiede piani di assunzione dedicati e politiche attrattive per la professione infermieristica. Un numero sufficiente di infermieri consente di diminuire il carico individuale, prevenire il burnout e ridurre le cure mancate, con ricadute positive sugli esiti di salute (Consequences of understaffing on type of missed community care- a cross-sectional study - PMC) (Consequences of understaffing on type of missed community care- a cross-sectional study - PMC).
- **Monitoraggio continuo del carico di lavoro:** Implementare sistemi di **valutazione periodica** del carico negli ambulatori e sul territorio, utilizzando indicatori sia quantitativi (es. numero di prestazioni per infermiere, ore di straordinario, tasso di turnover) sia qualitativi (es. questionari sullo stress, indicatori di missed care). Questo permetterà di individuare precocemente situazioni critiche e intervenire con redistribuzione delle attività o supporto aggiuntivo.
- **Ottimizzazione dei processi e riduzione del carico amministrativo:** Semplificare la documentazione e la burocrazia per gli infermieri di comunità, ad esempio attraverso l'informatizzazione integrata (cartella clinica digitale territoriale condivisa) e l'utilizzo di personale di supporto per attività non strettamente infermieristiche. Ridurre il “tempo non produttivo” (ad es. viaggi non necessari, duplicazioni di registri) libera risorse da

destinare all'assistenza diretta (Community Nursing: A Time and Motion Study of Community Nurses' Work and Workload - PubMed).

- **Formazione e sviluppo di competenze:** Fornire agli infermieri di comunità adeguata formazione specialistica in gestione della cronicità, tecniche di counseling educativo, e organizzazione del lavoro. Un professionista più formato è anche più efficiente nel gestire il tempo e le priorità. Inoltre, investire in **competenze digitali** può aiutare l'infermiere a sfruttare telemedicina e teleassistenza, riducendo ad esempio la necessità di spostamenti per controlli routinari.
- **Supporto al benessere organizzativo:** Istituire programmi di prevenzione del burnout e di promozione del benessere per il personale territoriale. Ciò include offrire spazi di confronto in équipe, rotazione dei compiti più gravosi, accesso a servizi di supporto psicologico se necessario. Un ambiente in cui l'infermiere si sente ascoltato e valorizzato risulta in maggiore soddisfazione lavorativa e, per conseguenza, in **migliore qualità percepita dai pazienti** (Il benessere organizzativo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità: uno studio osservazionale - Fnopi L'infermiere) (Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis - PubMed).
- **Coinvolgimento degli utenti e feedback:** Integrare nella valutazione della performance dei servizi infermieristici territoriali anche il feedback di pazienti e caregiver (attraverso questionari di gradimento, segnalazione di bisogni insoddisfatti). La "qualità percepita" fornisce indicazioni su dove eventualmente il carico di lavoro impedisce di soddisfare appieno le aspettative assistenziali, orientando così miglioramenti mirati.

In definitiva, la **qualità dell'assistenza infermieristica di comunità** è strettamente legata alla capacità delle organizzazioni sanitarie di **valutare e gestire il carico di lavoro** in modo proattivo. Garantire un numero adeguato di infermieri, strumenti idonei e un contesto lavorativo sano non è solo una questione di benessere per gli operatori, ma costituisce un investimento diretto sulla salute della popolazione. Un infermiere di comunità che dispone di tempo e risorse può dedicarsi alla prevenzione e all'educazione, ridurre le ospedalizzazioni evitabili, migliorare l'esperienza di cura dei cittadini – tutte componenti di **qualità**

assistenziale di cui beneficerà l'intero sistema sanitario. Le ASL, dal canto loro, dovrebbero fare della valutazione del carico di lavoro uno **strumento strategico di programmazione**, in un ciclo continuo di monitoraggio e adeguamento, così da sostenere nel lungo periodo la missione dell'infermieristica di comunità: prendersi cura delle persone *dove vivono*, con interventi tempestivi, appropriati e di elevata qualità.

Bibliografia selezionata:

1. Aiken L.H. et al. (2017). *RN4CAST – Risultati sul rapporto infermieri/pazienti e esiti assistenziali*. **Journal of Nursing Scholarship**, 49(2): 134-142.
2. Senek M. et al. (2020). *Patient outcomes and nurse staffing in primary care: a systematic review*. **International Journal of Nursing Studies**, 107: 103504.
3. Zaghini F. et al. (2024). *Il benessere organizzativo dell’Infermiere di Famiglia e Comunità: studio osservazionale*. **L’Infermiere**, 61(1): e24-e34 (Il benessere organizzativo dell’Infermiere di Famiglia e Comunità: uno studio osservazionale - Fnopi L'infermiere) (Il benessere organizzativo dell’Infermiere di Famiglia e Comunità: uno studio osservazionale - Fnopi L'infermiere).
4. Wood E. et al. (2023). *Consequences of understaffing on missed community care*. **International Journal of Nursing Studies**, 134: 104365 (Consequences of understaffing on type of missed community care- a cross-sectional study - PMC) (Consequences of understaffing on type of missed community care- a cross-sectional study - PMC).
5. Blay N. et al. (2024). *A Time and Motion Study of Community Nurses’ Work and Workload*. **Journal of Advanced Nursing**, online ahead of print (Community Nursing: A Time and Motion Study of Community Nurses' Work and Workload - PubMed) (Community Nursing: A Time and Motion Study of Community Nurses' Work and Workload - PubMed).
6. FNOPI (2022). *Stato della carenza infermieristica al 2021 – Report*. Roma: Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (STATO DELLA CARENZA INFERMIERISTICA AL 2021 - fnopi) (STATO DELLA CARENZA INFERMIERISTICA AL 2021 - fnopi).
7. Pedrazzi L. et al. (2021). *Burnout e soddisfazione lavorativa degli infermieri italiani: una revisione sistematica*. **Med Lav**, 112(3): 189-202. (Articolo in italiano sugli esiti organizzativi in relazione al burnout).

8. Agenas – Ministero Salute (2022). *Linee di indirizzo per l’Infermiere di Famiglia o Comunità* (allegato al DM 77/2022) (OPI - ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE TRENTO * EDITORIALE PRESIDENTE PEDROTTI: « CAMBIARE “RICETTA” FARE LE SCELTE GIUSTE, CON CORAGGIO » - Agenzia giornalistica Opinione. Notizie nazionali e dal Trentino Alto Adige).